

G. Agreement / Entente

I confirm that:

- I (still) make my permanent and principal home in Ontario.
- I will be living in Ontario for at least 153 days in any 12-month period unless applying for temporary absence from Ontario.
- If there is a change in name, address, citizenship or immigration status, I will tell the Ministry of Health and Long-Term Care within 30 days.
- The information I have given in this application, and in the documents I have provided, is true and accurate.

I understand that:

- For verification, this information may be collected from, and disclosed to, government and non-government organizations, if the law allows it.
- The Ministry of Health and Long-Term Care may check my resident status and any information I have given on this form and in the documents I have provided.

Je confirme :

- que ma résidence permanente et principale se trouve (toujours) en Ontario.
- que je vivrai en Ontario pendant au moins 153 jours au cours de toute période de 12 mois, sauf si je demande une autorisation de séjour temporaire hors de l'Ontario.
- que j'aviserai dans un délai de 30 jours le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de tout changement de nom, d'adresse, de statut d'immigrant(e) ou de citoyen(ne).
- que les renseignements inscrits sur cette formule de demande et dans les documents fournis sont exacts.

Je comprends :

- que ces renseignements peuvent être recueillis par le gouvernement et des organismes non gouvernementaux et communiqués à ceux-ci aux fins de vérification, si la loi le permet.
- qu'il est possible que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée vérifie mon statut de citoyen(ne) ainsi que tout renseignement inscrit sur cette formule et dans les documents fournis.

Signature of Signature	<input type="checkbox"/> applicant/de l'auteur(e) de la demande <input type="checkbox"/> parent/du père ou de la mère <input type="checkbox"/> legal guardian/du tuteur ou de la tutrice <input type="checkbox"/> power of attorney/titulaire d'une procuration	Date
---------------------------	--	------

H. Organ and tissue donor consent / Consentement au don d'organes et de tissus humains

If you have not previously made an organ and tissue donation choice with the Ministry of Health and Long-Term Care, check one of the following boxes.
Si vous n'avez pas déjà inscrit votre décision concernant le don d'organes et de tissus humains auprès du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, veuillez cocher l'une des cases suivantes :

☐ **Yes.** I understand that donating my organs and tissues may save or improve someone's life. *(complete either number 1 or 2 and sign below)*
Oui. Je sais que le don d'organes et de tissus peut sauver ou améliorer la vie d'une autre personne. *(Veuillez remplir la section 1 ou 2 ci-après et signer au bas de la page.)*

☐ **Not at this time.** Please consult with my family at the time of my death. *(sign below)*
Pas pour l'instant. Veuillez consulter ma famille au moment de mon décès. *(Veuillez signer au bas de la page.)*

☐ **No.** I do not wish to consent to organ and tissue donation. *(sign below)*
Non. Je ne souhaite pas faire le don d'organes et de tissus humains. *(Veuillez signer au bas de la page.)*

If you wish to change the donation choice you previously made with the Ministry of Health and Long-Term Care, check one of the following boxes.
Si vous voulez modifier la décision concernant le don d'organes et de tissus humains que vous avez inscrite auprès du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, veuillez cocher l'une des cases suivantes :

☐ **Change.** I am making a change to my donation choice. *(complete either number 1 or 2 and sign below)*
Modification : Je voudrais modifier ma décision concernant le don d'organes et de tissus humains. *(Veuillez remplir la section 1 ou 2 et signer au bas de la page.)*

☐ **Withdraw.** I withdraw my consent to organ and tissue donation. *(sign below)*
Retrait : Je voudrais retirer mon consentement au don d'organes et de tissus humains. *(Veuillez signer au bas de la page.)*

1. Transplant / Transplantation

☐ **Yes,** I am willing to donate any needed organs and tissues for transplant after my death.

Oui, je souhaite faire don de n'importe quel organe ou tissu humain dont on pourrait avoir besoin pour une transplantation après mon décès.

But not my: / Sauf :

- | | | |
|--|--|--|
| a. <input type="checkbox"/> kidneys
mes reins | d. <input type="checkbox"/> bone
mes os | g. <input type="checkbox"/> skin
ma peau |
| b. <input type="checkbox"/> heart
mon coeur | e. <input type="checkbox"/> liver
mon foie | h. <input type="checkbox"/> pancreas
mon pancréas |
| c. <input type="checkbox"/> eyes
mes yeux | f. <input type="checkbox"/> lungs
mes poumons | |

2. Transplant and research Transplantation et recherche

☐ **Yes,** I am willing to donate any needed organs and tissues for transplant after my death or for medical research if they cannot be used for transplant.

Oui, je souhaite faire don de n'importe quel organe ou tissu humain dont on pourrait avoir besoin pour une transplantation après mon décès ou à des fins de recherche médicale s'il est impossible de les transplanter.

But not my: / Sauf :

- | | | |
|--|--|--|
| a. <input type="checkbox"/> kidneys
mes reins | d. <input type="checkbox"/> bone
mes os | g. <input type="checkbox"/> skin
ma peau |
| b. <input type="checkbox"/> heart
mon coeur | e. <input type="checkbox"/> liver
mon foie | h. <input type="checkbox"/> pancreas
mon pancréas |
| c. <input type="checkbox"/> eyes
mes yeux | f. <input type="checkbox"/> lungs
mes poumons | |

Agreement

I understand that:

- The Ministry of Health and Long-Term Care will collect and store the information about my choice to donate my organs and tissues.
- The word **donor** and a code showing health care professionals which donation choice I have made will appear on the back of my Health Card. They will be visible whenever I present my card.
- I do not have to be an organ and tissue donor to be eligible for health coverage.
- I am 16 years of age or older.
- I can change my organ and tissue donation choice at any time.

Entente

Je comprends :

- que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée recueillera et conservera les renseignements concernant le don d'organes ou de tissus humains que j'ai choisi de faire.
- que la mention **donor/donneur**, ainsi qu'un code indiquant aux professionnels de la santé le type de don que j'ai choisi de faire apparaîtront au verso de ma carte Santé et seront visibles chaque fois que je présenterai ma carte.
- que le don d'organes ou de tissus humains n'est pas obligatoire pour être admissible à l'assurance-santé.
- que je dois avoir au moins 16 ans.
- que je peux en tout temps modifier le don d'organes ou de tissus humains que j'ai choisi de faire.

Signature	Date
-----------	------

Collection of the personal information related to organ and tissue donation is for the facilitation of organ transplants and research in Ontario. The authority to collect this personal information is the *Human Tissue Gift Act*, R.S.O. 1990, c. H.20. For information about collection practices, call 1 800 268-1154, in Toronto (416) 314-5518, or write to the Director, Registration and Claims Branch, P.O. Box 48, 49 Place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3.

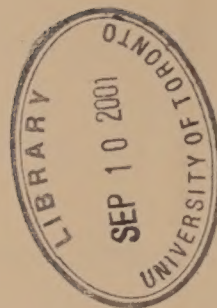
La collecte des renseignements personnels décrits ci-dessus est autorisée en vertu de l'article 4 de la *Loi sur le don de tissus humains*. Ces renseignements seront utilisés pour faciliter la transplantation d'organes et la recherche en Ontario. Pour plus de précisions sur la collecte de ces renseignements, veuillez faire le 1 800 268-1154 ou, à Toronto, le (416) 314-5518 ou écrire au directeur ou à la directrice de l'inscription et des demandes de règlement, C.P. 48, 49, Place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3.

Read the instructions before completing this form.
Veuillez lire les instructions avant de remplir la formule.

- A separate form is needed for each member of your family.
Veuillez remplir une formule distincte pour chaque membre de la famille.
- You may need to visit an OHIP office to report your changes.
Vous devrez peut-être vous rendre à un bureau de l'Assurance-santé pour signaler les modifications.

All supporting documents must be ORIGINAL. Photocopies will not be accepted. See list of acceptable documents.
Tous les documents à l'appui doivent être des ORIGINAUX. Les photocopies ne sont pas acceptées. Voir la liste des documents acceptables.

Don't forget to sign the form.
N'oubliez pas de signer la formule.



CA20N Government Publications
H-2028
Ontario
Ministry of Health and Long-Term Care
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

31761 11893978 4

Change of Information
Demande de modification

A separate form is needed for each member of your family.
Veuillez remplir une formule distincte pour chaque membre de la famille.
Complete this form to:
Veuillez remplir cette formule pour :

Section B
change your address
signaler un changement d'adresse

Section C
change your name or change / correct your date of birth or sex
signaler un changement de nom ou changement / correction de votre date de naissance ou de votre sexe

Section C
update your immigration status
or change your citizenship status
signaler un changement de statut d'immigrant(e) ou de citoyen(ne)

Section D
to report a leave from Ontario for more than seven months
signaler un séjour hors de l'Ontario de plus de sept mois

Section E
request a replacement Health Card
demander une carte Santé de remplacement

Section F
no longer require health coverage
annuler la protection-santé

Section H
record or change your organ and tissue donation choice
inscrire ou modifier votre décision concernant le don d'organes et de tissus humains

0280-82 (99/11) 7530-4890

For the Ministry of Health and Long-Term Care office nearest you please call

In Toronto
For TTY 1 800 268-1154
(416) 314-5518
1 800 387-5559

or
Consult the government pages of your telephone book

or
Visit our Web site at
www.gov.on.ca/health

Pour trouver le bureau du ministère de la Santé et des Soins de longue durée le plus près de chez vous, veuillez composer le

1 800 268-1154
(416) 314-5518
À Toronto
ATS 1 800 387-5559

ou
Consultez les pages bleues de l'annuaire téléphonique

ou
Visitez notre site Web
www.gov.on.ca/health

